TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr E. DUROUX

DE LYON



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

1907

I. — TITRES

EXTERNAT DES HÔPITAUX DE LYON

Concours année 1899.

INTERNAT DES HÔPITAUX DE LYON

Année 1901. — Concours.

PRÉPARATEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ :

Années 1903-04. — Suppléant.
— 1904-05. — Titulaire.
— 1905-06. — Id.
— 1906-07. — Id.

II. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Ces travaux seront divisés en *deux parties*. Les uns se rapportent à la pathologie générale et plus particulièrement à l'étude du cancer. Les autres ont trait à des sujets divers de chirurgie générale.

Nous les exposerons ainsi successivement.

PREMIÈRE PARTIE

SUJETS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

CHAPITRE PREMIER

CANCER ET TUMEURS

Ce premier chapitre comprend différents essais que nous décrirons dans l'ordre suivant :

I. — De la durée de réduction de l'oxyhémoglobine en pathologie générale et plus particulièrement chez les cancéreux.

Travail du laboratoire de M. le Professeur Jaboulay.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, février 1905.)

La vie des tissus repose sur la vie de l'oxyhémoglobine. Suivant sa vitalité, en effet, l'oxyhémoglobine se laisse réduire par les tissus avec plus ou moins de facilité. Dès lors, par l'observation expérimentale de la durée de réduction de l'oxyhémoglobine ne peut-on pas espérer d'apprécier la vitalité des tissus où on la puise ? C'est ce que nous nous sommes proposé d'établir par une méthode facile. Ayant remarqué que l'oxyhémoglobine normale se laisse réduire

par le sulfure d'ammonium vers la 70e seconde (fusion de ses deux bandes en une seule), nous avons pu, par une véritable formule, apprécier deux catégories de malades : ceux chez lesquels la réduction s'accomplit très rapide (les infectés, septicémies chirurgicales avec haute température, etc.), et ceux chez lesquels la réduction est très lente (anémie grave, cachexie). Les degrés variables de précocité ou de lenteur expriment même les degrés divers de l'altératiou morbide.

II. — La Radiothérapie et le Cancer.

(In *Arch. proc. de Chir.*, 1905.)

Rec. Gén., 40 pages, 4 planches hors texte.
En collaboration avec M. le Dr Ch. Gauthier, chef de clinique.
Travail du Laboratoire de M. le Profr Jaboulay.

Quarante-cinq observations diverses. Les principales ayant trait à des ulcérations néoplasiques de la face. Deux cas de guérison avec figures à l'appui. Guérison également d'une ulcération épithéliale du dos de la main. Dans les tumeurs parotidiennes ou ganglionnaires du cou, amélioration momentanée. De même dans les cancers du sein. Un cas de mort rapide par véritable intoxication septicémique.

Dans les tumeurs viscérales : grosse rate, leucémie myélogène, insuccès; tumeurs ovariennes, insuccès; goitres néoplasiques, cancers de l'estomac, soulagement momentané, pas de guérison. De même dans les ostéo-sarcomes des membres.

En réunissant ces diverses observations à celles déjà publiées par d'autres auteurs, nous pouvions établir les conclusions suivantes :

1° L'épithélioma de la face est susceptible de guérison (épithélioma du nez, aile du nez, dos du nez et de la joue, de la tempe et du front sans adhéreuces osseuses) ;

2° L'épithélioma de la lèvre inférieure n'est nullement amélioré.

Il est même dangereux d'insister; sinon l'on voit se développer un accroissement rapide du néoplasme et des ganglions par un véritable coup de fouet;

3° Il faut également redouter l'exagération des symptômes pour les cancers de la langue, du larynx, du pharynx et des maxillaires;

4° Dans les tumeurs ganglionnaires du cou, et les tumeurs des glandes salivaires, tout ce que l'on peut espérer c'est d'améliorer le néoplasme d'une façon passagère en diminuant ses adhérences, sa gangue inflammatoire. On peut ainsi transformer une tumeur inopérable en une tumeur opérable;

5° Les tumeurs viscérales et les tumeurs des membres ne sont pas influencées d'une façon définitive;

6° Pour les tumeurs du sein : grande diversité des résultats publiés, les uns très favorables aux applications radiothérapiques, les autres au contraire défavorables et même malheureux.

A quoi tiennent toutes ces divergences? Les conditions de traitement sont cependant réglées, les séances renouvelées tous les jours ou tous les deux jours durent 10 à 20 minutes d'une façon générale; les uns emploient des machines à plateaux, d'autres se servent de bobines, mais en définitive c'est toujours l'électricité transformée par le tube de Crookes qui agit et qui opère. Serait-ce le cancer lui-même qui varierait et qui, traité pourtant de la même façon produirait des différences parce qu'il est différent?... Comment élucider ce problème, lorsque les effets des rayons X sont euxmêmes diversement interprétés, et c'est ce que nous montrions en terminant.

Sans entrer dans la discussion à ce sujet, nous faisions remarquer cependant que quel que soit son mode d'action, la radiothérapie possède sur toutes les autres méthodes caustiques anciennes une grande supériorité. En brûlant un néoplasme, le caustique attaque non seulement les tissus malades, mais encore les tissus sains et provoque des douleurs parfois intolérables; la radiothérapie au contraire peut avoir un champ d'action très limité et d'autre part atténue, soulage les douleurs tout en produisant une cicatrice souple et blanche, esthétique. Cela n'est vrai toutefois que pour les

formes lentes d'épithéliomas cutanés, et en somme c'est encore à la chirurgie sanglante que les néoplasmes des muqueuses ou des semi-muqueuses doivent être rapidement abandonnés.

III. — Le myxome des os.

(In *Lyon Médical*, 1905.)

Dans cette publication faite en collaboration avec M. le docteur Corneloup, nous retracions rapidement l'histoire du myxome (gros éléments cellulaires, à protoplasma transparent, à noyaux volumineux plongés dans une substance hyaline, muqueuse, où les vaisseaux n'existent pas, transformation kystique fréquente).

Au point de vue hystologique pur, ces tumeurs sont déclarées bénignes. Or, dans notre cas il y avait eu généralisation malgré l'amputation. La marche des néoplasmes est donc une « inconnue », que des théories anatomiques seules paraissent insuffisantes à expliquer.

IV. — Les tumeurs du nerf optique.

(In *Lyon Médical*, 1905.)

En collaboration avec M. L. Grandclément, interne des Hôpitaux.

Nous divisons leur histoire en deux périodes : 1° Phase orbitaire ; 2° Phase crânienne.

1° *Phase orbitaire.* — Disparition rapide de la vision. Exophtalmie avec conservation des mouvements de l'œil. Intégrité des milieux transparents à l'ophtalmoscope. A cause de leur limitation très nette au début et de la barrière offerte par la lame criblée, on peut respecter l'œil et procéder seulement à l'ablation du néoplasme (Gayet, Lagrange).

2° *Phase crânienne.* — Ce sont des myxomes, mais aussi souvent des myxo-sarcomes qui, arrêtés par la lame criblée, gagnent au contraire le cerveau par envahissement progressif. Ainsi en avait-il été chez notre malade opérée par M. le professeur Jaboulay.

Sa trépanation s'était faite du reste presque spontanément; au contact de la tumeur le crâne était en effet aminci, presque ouvert. Il s'agit d'une véritable destruction par inoculation, qui est au cerveau ce que l'ulcération cutanée est au cancer du sein. Ce processus d'inoculation successive par les éléments infectieux du cancer, rappelle la propagation continue des tuberculomes, leur marche envahissante.

V. — De l'Autoinoculation cancéreuse par contact.

Dans cette communication relative à l'observation d'un malade ayant présenté à la suite d'un cancer du maxillaire inférieur un cancer du maxillaire supérieur exactement superposé, nous faisions valoir particulièrement la réalité de ces inoculations cancéreuses par contact. Nous rapprochions ces faits d'autres semblables (Lücke-Hall) observés aux lèvres supérieure et inférieure, aux grandes lèvres chez la femme (Levesque, Paris, th. 1903). Autant de faits qui viennent à l'appui de l'infectiosité du cancer.

VI. — Le Parasitisme et le Cancer.

(Thèse de Doctorat.)

Dans ce travail, fait sous la direction de M. le professeur Jaboulay, nous nous sommes proposé d'établir le développement d'une grande idée : le parasitisme dans le cancer. Pour cela, passant d'abord en revue toutes les différentes théories non parasitaires du cancer, nous avons essayé de montrer

que ces différentes doctrines, depuis les plus anciennes jusqu'aux plus récentes, présentent toutes de multiples points d'attaque; réalisant le plus souvent des conceptions sans preuves (première partie).

Il n'en est pas ainsi de la théorie parasitaire. Mais celle-ci est complexe, car les infiniment petits qu'elle invoque sont innombrables. Leurs figures microscopiques se ressemblent souvent; d'autre part, leurs formes se rapprochent des formes cellulaires des tissus, d'où la difficulté de leur interprétation exacte. S'agit-il d'abord de parasites végétaux ou animaux, et dans ce cas quel est le véritable parasite?

C'est pourquoi dans la seconde partie de notre travail nous nous sommes efforcé d'analyser le plus simplement possible les différentes théories parasitaires en cours.

Ces théories se réduisent en définitive à deux groupes: le groupe des théories qui invoquent le parasitisme végétal et le groupe des doctrines qui mettent en action le parasitisme animal.

1° Description des doctrines parasitaires végétales: *a)* Bactéries, nombreux travaux, micrococcus néoformans (Doyen); *b)* Moisissures, deux genres surtout nectria ditissima ou chaucre des arbres (Fiessinger Noël, Julliard, Bra) et le chancre du chou (Behla, Robertson et Wade); *c)* Levûres ou blastomycètes (San-Felice, Roncali).

2° Description des doctrines parasitaires animales: Étude très complexe nous amenant au développement de la théorie de notre maître, c'est-à-dire à la description d'un parasite complet: *le parasite myxosporidien.* Ce parasite, dont l'habitat de prédilection est le corps des poissons malades, les eaux sales, etc., est très polymorphe. Certaines de ses espèces sont surtout des formes amibiennes, ce qui explique leur corrosion (cancroïdes). D'autres ont des fils comme les flagellés en même temps qu'une sporulation propre et active (cancers profonds). La plupart ont des figures de reproduction comme les cellules où ils sont implantés, de telle sorte

PLANCHE I

MICROPHOTOGRAPHIES DE CANCERS MONTRANT LES PRINCIPAUX CARACTÈRES DU PARASITE MYXOSPORIDIEN SES FIGURES DE REPRODUCTION ET SES SPORES

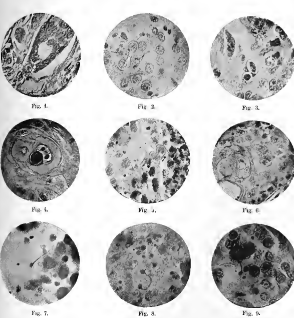


FIG. 1. — Myxosporidie entière envahissant un organe (cancer du sein).

FIG. 2 — Organisation des sphères primitives (cancer glandulaire).

FIG. 3. — Segmentation de la sphère primitive en deux sporoblastes.

FIG. 4, 5, 6 — Spores parfaites avec capsules polaires et amibe (cancers de la joue et de l'œsophage).

FIG. 7, 8, 9. — Spores dégradées. Les capsules polaires ont émis leurs fils (éléments fixateurs du parasite)

que d'après eux la véritable formule du cancer peut être ainsi définie : *tissu parasitaire qui prolifère dans un tissu cellulaire qui dégénère.*

Dans la troisième partie nous groupons nos preuves : *microscopiques*, *cliniques* et *expérimentales*.

Preuves microscopiques. — Ces preuves résident surtout dans l'interprétation de préparations microscopiques dont nous donnons ci-contre quelques reproductions empruntées à notre travail.

Preuves cliniques. — Preuves tirées de l'examen : 1° du cancer en lui-même ; 2° du cancéreux ; 3° du cancer en général dans sa répartition géographique. Toute l'étude clinique du cancer démontre peut-on dire sa nature infectieuse.

Preuves expérimentales. — Résident surtout dans l'inoculabilité du cancer. Or le cancer est inoculable de l'homme à l'homme (3 obs.), de l'homme à l'animal. Mais surtout de l'animal à l'animal ; nombreux succès (Hanau, Morau, Jensen, Borrel, Michaëlis, Murray, etc.). Nous relatons quelques expériences personnelles.

De cette étude nous dégageons des considérations thérapeutiques et de prophylaxie (hygiène du corps et de l'alimentation).

CHAPITRE II

TUBERCULOSE

Traitement des Lupus par la méthode combinée de cautérisations ignées et d'applications d'acide picrique.

(In *Lyon Médical*, 1903.)

En matière de lupus ces deux éléments isolés : cautérisations ignées et acide picrique ne sont pas des éléments thérapeutiques nouveaux. Leur combinaison seule crée une méthode nouvelle.

L'ayant soumise à notre regretté maître M. le professeur Gailleton, celui-ci nous permit de l'essayer durant un semestre d'internat. Six mois après nous pouvions apporter un bilan de six observations de guérison, et de nombreuses améliorations.

Cette combinaison de deux éléments tout à fait opposés (brûlure et cicatrisation, destruction et réparation) constitue toute la valeur de la méthode. On dit depuis longtemps que dans le traitement du lupus il faut irriter, calmer et varier ; mieux vaut semble-t-il modifier la formule et dire : détruire et cicatriser tout en variant.

L'acide picrique est un analgésique qui d'abord calme la douleur produite par la cautérisation. Mais c'est surtout un facteur kératoplastique et cicatrisant qui dans l'intervalle des cautérisations ignées transforme le tissu brûlé en un tissu nouveau et dur où les bacilles atténués germent difficilement.

DEUXIÈME PARTIE

SUJETS DIVERS DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

I. — Le genou dans la Coxalgie.

Travail fait en collaboration avec M. le docteur Latarjet. *Lyon Médical*, 1904. C'est l'histoire pathologique de l'articulation du genou dans le cours de la coxalgie. Pour cela nous analysons deux catégories de phénomènes : les phénomènes subjectifs (*gonalgie*), les phénomènes objectifs (*déformations et déviations*).

I. — Phénomènes subjectifs. — La gonalgie.

D'après nos conclusions il y aurait :

1° Une gonalgie statique, celle du début, qui cesse par le repos (Terrier).

2° Une gonalgie inflammatoire, celle de la fin.

a) Par propagation osseuse (Lannelongue, Richet).

b) Par névrite (Chandelux).

c) Par poussée rhumatismale tuberculeuse du côté de la synoviale du genou (Poncet, Bérard).

II. — Phénomènes objectifs. — Déformations et déviations.

1° *Les genoux plats.* — Réduction atrophiante de tous les éléments du genou, articulaires et périarticulaires. Enfants jeunes de 8 à 12 ans qui ont été immobilisés longtemps.

2° *Le genu recurvatum.* — C'est ce que M. le professeur Lannelongue désigne sous le nom de renversement de la jambe en avant. Cette déformation s'observe chez les enfants immobilisés en hyperextension dans des silicates ou dans des appareils plâtrés et qui marchent dans cette position ; très fréquemment aussi chez des enfants soumis à la méthode des tractions continues mal appliquées, tractions portant sur le plateau tibial et non sur les condyles fémoraux.

Dans le genu recurvatum vrai les condyles fémoraux et le plateau tibial sont intacts ou uniformément atrophiés ; or, dans certains cas, il se produit par perturbation d'ossification une atrophie partielle portant seulement sur la moitié antérieure de l'extrémité supérieure du tibia et cela donne aussi une inflexion de la jambe sur la cuisse (Sonnenburg) (back-knee).

3° *Le genu valgum.* — Si le membre déjà fixé en attitude vicieuse n'est pas remis en position correcte : tout coxalgique qui marche a des tendances au genu valgum.

Le genu valgum peut succéder parfois à une hypercorrection. Pour combattre l'adduction première de la cuisse sur le bassin on place parfois toût le membre inférieur en abduction forcée avec légère rotation du pied. Une déviation secondaire peut en résulter.

4° *Genu varum.* — Déformation très rare. Nous ne l'avons pas observée.

Ces recherches s'adressent seulement à des coxalgiques en évolution ; or, lorsque la coxalgie sera guérie et que la

PLANCHE II

TYPES DE GENOUX DANS LA COXALGIE



Fig. 1. — Genou plat



Fig. 2. — Genu valgum.

PLANCHE II *bis*

TYPES DE GENOUX DANS LA COXALGIE



FIG. 3 — Genu recurvatum.

hanche sera ankylosée, des phénomènes variables de compensation statique pourront se passer encore au niveau du genou correspondant et même du genou opposé (Jaboulay).

5° *Déductions thérapeutiques.* — Il faut prendre des précautions spéciales dans l'immobilisation du coxologique.

a) Si extension : celle-ci doit porter sur l'extrémité inférieure du fémur, la poulie de réflexion étant placée sur un plan horizontal parallèle à celui qui passe par l'articulation du genou.

b) Si appareil plâtré ou silicaté : ne pas mettre le membre en hyperextension ; ne laisser aucun jeu latéral ou antéropostérieur à l'articulation du genou.

II. — Fractures de la base des métacarpiens.

(*Lyon Médical*, 15 octobre 1905.)

Dans cette monographie nous nous sommes proposé de décrire à l'aide de 25 observations, les principaux traits des fractures de la base des métacarpiens dont l'étude, à part celle du premier, a été jusqu'ici presque entièrement délaissée.

1° *Fractures de la base du premier métacarpien.* — La base du premier métacarpien est représentée par un renflement dorsal et une projection palmaire. C'est cette projection qui éclate sous forme de petit fragment palmaire. Le grand fragment baso-diaphysaire remonte en arrière simulant une luxation en arrière du premier métacarpien (5 observations). (V. fig. 1, pl. III.)

2° *Fracture de la base du troisième métacarpien.* — C'est l'arrachement de l'apophyse styloïde du troisième métacarpien par l'intermédiaire du tendon du deuxième radial sur laquelle il s'insère. Lorsque la main est en flexion forcée

cette apophyse styloïde « porte à faux » et dans ces conditions une violence brusque de la part du tendon a toute efficacité. Fracture par arrachement semblable à l'arrachement de l'olécrane par le triceps, etc. S'accompagne ou non de déplacement (6 observations). (V. fig. 2, pl. III.)

3° *Fractures de la base du cinquième métacarpien.* — La base du cinquième métacarpien possède une projection que nous appelons projection cubitale. Sur elle s'insère le tendon du cubital postérieur. Ici de même, fracture par arrachement; nous insistons sur la douleur névralgique si spéciale qui accompagne cette fracture : douleur qui s'explique par les rapports de la branche cutanée dorsale du cubital avec l'apophyse cubitale du cinquième métacarpien (5 observations).

4° *Fracture de la base du deuxième métacarpien.* — Arrachement de l'apophyse styloïde par le premier radial qui s'insère sur elle. C'est une véritable disjonction épiphysaire. Radiographie (3 observations). (V. fig. 3, pl. III.)

5° *Fracture de la base du quatrième métacarpien.* — La solution de continuité porte sur toute la base. Chute sur la main. En raison de la disposition en voûte du métacarpe c'est le corps du métacarpien qui cède ordinairement. Dans certains cas la diaphyse résiste, c'est la base qui cède (le quatrième métacarpien est le plus exposé (Malgaigne).

Ces fractures exigent un diagnostic précoce et un traitement minutieux surtout les fractures de la base du premier, du troisième et du cinquième ; sinon le retour à la fonction du pouce est notablement gêné (base du premier), le mouvement de relèvement du poignet reste douloureux (fracture de la base du troisième et du deuxième), des douleurs persistent (fracture de la base du cinquième).

PLANCHE III

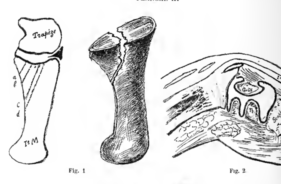


Fig. 1 Fig. 2

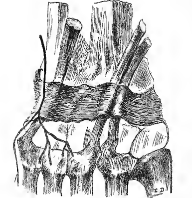


Fig. 3

Fig. 1. — Fracture de la base du premier métacarpien.

Fig. 2. — Coupe antéro-postérieure de la main passant par la base du troisième métacarpien (d'après Jacob), montrant le mécanisme d'arrachement.

Fig. 3. — Figure montrant les rapports de la branche cutanée dorsale du cubital avec l'apophyse cubitale du cinquième métacarpien.

III. — Salpingites basses chroniques.

(*Lyon Médical*, avril 1907.)

En collaboration avec M. Villard, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des Hôpitaux.

Dans cet article nous systématisons une lésion située en position déclive dans le cul de sac postérieur entre l'utérus souvent rétroversé et un plan résistant : le sacrum. De ce siège résulte un état douloureux très particulier (douleur dans les mouvements, la marche, pendant la défécation), car ce siège entraîne la compression de la lésion. On observe pour les mêmes motifs de la constipation chronique. Il faut y joindre la présence d'une tumeur basse, laquelle peut présenter comme dimensions, situation médiane ou latérale de grandes modalités.

On doit intervenir pour relever les annexes prolabées et malades.

La laparotomie permettra de faire de la chirurgie conservatrice (salpingostomie, résection partielle de l'ovaire) ou une opération radicale suivant les cas.

IV. — Les Phlébites.

Deux cas de phlébite à localisation paradoxale (*Lyon Médical*, 1904).

En collaboration avec M. le Dr Moreau, chef de clinique.

A l'occasion de deux cas de phléhite à gauche pour des cures radicales de hernie droite, nous nous étions démandés quel pouvait être le mécanisme d'une pareille localisation. Or à ce sujet l'on peut donner de multiples interprétations. La meilleure dans l'espèce paraît résider dans la présence de voies anastomotiques veineuses et lymphatiques prépu-

biennes et rétropubiennes. Dans certains cas, comme dans les phlébites gauches consécutives aux appendicites, il vaut mieux faire intervenir les caprices même de l'infection métastatique.

Les Phlébites chirurgicales. (*Arch. prov. de Chirurgie*, 1904.)

Avec le même.

Petit aperçu sur différents types de phlébites, surtout observées dans les services de chirurgie. Indépendamment du type classique on voit : phlébites superficielles couvrant tout un membre d'œdème rosé comme une lymphangite; phlébites profondes, douloureuses, sans œdème, dans certains cas on pense à une névrite (une observation); phlébites profondes, latentes, un peu d'œdème au niveau des malléoles et brusquement accidents d'embolie, ce qui se voit dans les fractures par exemple; phlébites suppurées avec localisations purulentes au niveau du creux poplité et du triangle de Scarpa, pus mélé de sang; phlébites à localisation paradoxale (hernies, appendicite); phlébites à bascule (Schwartz).

Au point de vue pronostic il est de la phlébite comme de l'érysipèle; il y a en plus ici toutefois le danger de l'embolie.

V. — Crâne.

1° Abcès du cerveau d'origine otique. (*Arch. prov. de Chirur.*, 1905.)

En collaboration avec M. Patel, professeur agrégé à la Faculté.

Le malade dont nous rapportions l'observation avait présenté des signes très nets d'abcès du cerveau : abcès temporal gauche, avec aphasie sensorielle typique et jargonaphasie. Le malade mourut subitement.

A l'autopsie existaient une perforation du tegmen tympané, des adhérences méningées, des exsudats louches et purulents, de la thrombo-phlébite du sinus latéral et des

lésions cérébrales, exactement situées dans le lobe temporal gauche, sous forme de vaste abcès ayant détruit la substance et refoulé les autres circonvolutions. Tandis que l'aphasique moteur ou d'expression des mots ne parle pas (aphasie du centre de Broca, 3e circonvolution frontale gauche), l'aphasique sensoriel ou de compréhension des images et des sons parle beaucoup. C'était bien le cas de notre malade qui était un verbeux inintelligible, un jargonaphasique. Cette aphasie sensorielle repose dans l'altération du lobe temporal gauche, où se trouvait la lésion.

2e Mastoïdite. Thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire interne. — Ouverture du sinus. Ligatures de la jugulaire. Guérison. (In *Lyon Médical*, 1903.)

Dans le développement de cette observation deux scènes très nettes : l'une médicale, où le malade placé dans un service de médecine avait présenté des signes généraux très accusés, l'autre chirurgicale, où le diagnostic fut établi par la constatation de signes très douloureux dans la région mastoïdienne gauche et la région du cou. L'intervention révéla la thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire interne. Ce cas, auquel sont venus depuis s'ajouter d'autres semblables, présentait alors une grande rareté en raison de sa terminaison surtout, qui fut une guérison complète.

3e Fracture du crâne par balle de revolver. — Epanchement sanguin intra-crânien. (*Lyon Médical*, 1904.)

Cette observation avait trait à un malade trépané par M. le docteur Durand, agrégé, chirurgien des hôpitaux, pour une fracture du crâne, consécutive à une balle de revolver. La constatation d'un épanchement sanguin extra-dure-mérien confirma le diagnostic : il y avait eu un intervalle de lucidité très net, un signal-symptôme, des troubles moteurs et sensitifs localisés.

VI. — Les Greffes.

1° Cancroïde du nez. — Rhinoplastie d'après la méthode indienne modifiée.

L'intérêt de cette observation publiée dans le *Lyon Médical*, au nom de M. le docteur Tixier, agrégé, chirurgien des hôpitaux, réside dans la modification apportée au pédicule du lambeau frontal vertical de la méthode indienne. Ce lambeau est placé non sur le milieu mais sur le côté droit du front. Le pédicule devient ainsi horizontal. De la sorte, on diminue autant que possible la torsion qu'on lui imprime, et on respecte l'artère frontale interne qui doit servir à la nutrition de ce lambeau. Excellent résultat.

2° Greffe autoplastique suivant la méthode italienne dans les ulcères ou pertes de substance de la face postérieure du talon.

La greffe par approche aux dépens du tissu cutané de la fesse est la meilleure, car elle forme un transplant solide. Les lambeaux épidermiques ne tiennent pas. (Poncet, *Revue d'Orth.*, 1900.)

VII. — Considérations sur les Kystes de l'Epididyme.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires.*)

En collaboration avec M. le Dr Pinatelle.

Ces considérations sont surtout relatives à une variété de kyste ayant atteint, sans se rompre, les dimensions d'une hydrocèle ordinaire. Accolant ses parois à ceux de la vaginale, il occupait la cavité séreuse tout entière, jouant à

l'hydrocèle la plus légitime. Cela pour montrer que de nombreux cas d'hydrocèles doivent être des kystes spermatiques rompus, comme le supposait déjà Gosselin et comme l'ont démontré Cade et Barjon, par la présence d'animalcules dans un grand nombre d'hydrocèles.

VIII. — Observations diverses.

Myocardite chronique avec symphyse péricardique simulant une tumeur du médiastin. — Observation (in *Lyon Méd.*, 1904) intéressante par l'interprétation radiographique qui en avait été donnée.

Pemphigus nerveux. — Observation (in *Lyon Méd.*, 1903). Le pemphigus est un syndrome. Cette observation, semblable aux exemples de la thèse de Mermet (Paris 1877), prouvait que ce syndrome peut apparaître dans les maladies nerveuses (Gailleton).

Hypertrophie bilatérale des masséters. (*Lyon Médical*, 1905.) — Origine inconnue chez un jeune Arabe : sans antécédent syphilitique.

Ostéomyélite bilatérale de l'omoplate. (*Lyon Méd.*, 1904.) — Cette lésion bilatérale est rare. Les statistiques de M. le professeur Lannelongue n'en signalent aucun exemple. La thèse de Richard, Paris 1896-97, sur l'ostéomyélite de l'omoplate, ne la décrit pas.

Fibrome de l'ovaire droit tordu sur son pédicule. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. (*Lyon Méd.*, 1902.) — Malgré cette malformation double, la malade n'avait eu aucun trouble de la fonction ovarienne. Là est son intérêt.

Fracture de la clavicule avec emphysème sous-cutané. — Rareté de cette observation. Les plaies de la plèvre et du poumon, dans les fractures de la clavicule, sont rares. Nous n'avons trouvé que sept cas semblables. Enorme emphysème sous-cutané. Hémoptysies.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Sujets de pathologie générale.

DEUXIÈME PARTIE

Sujets divers de chirurgie générale.

3039 — Imp. Réunies, Lyon.